CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

# Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 113 • 1re SESSION • 42e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

## Le mardi 2 octobre 2018

—

### Président

M. Bill Casey

# Comité permanent de la santé

**Le mardi 2 octobre 2018**

● (0845)

[*Traduction*]

**Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)):** Je déclare la séance ouverte. Je vous souhaite à tous la bienvenue à la 113[e] séance du Comité permanent de la santé. Je souhaite à nouveau la bienvenue à tous nos invités. Il n'y aura pas de vote aujourd'hui, enfin je l'espère. Nous allons poursuivre notre étude sur les stratégies de lutte contre le diabète. Il n'y aura pas de déclaration liminaire. Nous allons passer simplement directement aux questions.

Tout d'abord, j'aimerais présenter Kimberley Hanson, directrice, Affaires fédérales, Relations gouvernementales et politiques publiques, de Diabète Canada; Lucie Tremblay, présidente, et Joël Brodeur, directeur, Développement et soutien professionnel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; Dre Catharine Whiteside, directrice générale, d'Action diabète Canada; et M. Dave Prowten, président et chef de la direction, ainsi que Patrick Towhill, directeur, Relations gouvernementales, de la Fondation de la recherche sur le diabète juvénile Canada, que nous recevons par vidéoconférence.

Je vais passer directement aux questions.

Madame Sidhu.

**Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.):** Bonjour, monsieur le président.

Bonjour à tous. Je vous remercie d'être ici.

Le Canada est un pays très diversifié. Comme nous le savons, le diabète touche certaines communautés plus que d'autres. Par exemple, les Asiatiques du Sud sont plus susceptibles de présenter un diabète de type 2, tout comme d'autres communautés, comme les Autochtones. Avec quels défis uniques le Canada doit-il composer dans le cadre de l'élaboration d'une stratégie sur le diabète qui fonctionne également pour tous? Certaines communautés sont exposées à plus de difficultés que d'autres. Quelles sont vos réflexions à ce sujet?

Docteure Whiteside, peut-être pourriez-vous commencer par cela.

**Dre Catharine Whiteside (directrice générale, Action diabète Canada):** C'est une question d'importance cruciale pour le Canada. J'attire votre attention sur une publication récente de l'Agence de la santé publique du Canada. Le document a été publié cet été, donc après notre rencontre initiale; c'est pourquoi il n'apparaît pas dans les documents que nous avons préparés. C'est un document qui porte sur les déterminants de la santé en fonction des inégalités au Canada. Un des principaux éléments soulevés dans le chapitre sur le diabète, ce sont, en fait, les groupes ethniques. J'attire votre attention là-dessus à des fins de consultation.

En plus d'un certain nombre de déterminants de la santé, y compris un faible statut socioéconomique et un faible niveau d'instruction, un autre enjeu est, en fait, ces groupes diversifiés au Canada qui sont particulièrement exposés au diabète. Parmi ceux-ci, mentionnons les Indiens de l'Est, les Asiatiques du Sud et, bien sûr, nos collectivités autochtones. Pour s'attaquer à ce fléau, une des possibilités consiste à comprendre comment catégoriser les populations au Canada comme présentant un risque élevé et trouver des solutions axées sur les collectivités, particulièrement en ce qui concerne les soins primaires.

● (0850)

**Mme Sonia Sidhu:** Je suis dans la circonscription de Brampton-Sud et je viens de la région de Peel. Selon un rapport issu de l'initiative 5-2-1-0 des Collectivités en santé, au rythme où vont les choses, un résident de la région de Peel sur six souffrira du diabète, et les coûts directs des médicaments et des fournitures varient chaque année de 1 000 à 15 000 $, ce qui est énorme.

En juillet, vous étiez là quand, au nom de la ministre de la Santé, nous avons annoncé des fonds de recherche de l'ordre de 22,6 millions de dollars — également avec d'autres partenaires — pour réduire l'incidence des ulcères du pied diabétique, un des effets secondaires les plus courants et les plus redoutés du diabète. Le taux d'amputation est très élevé en Ontario. Je le sais, parce que j'ai travaillé comme professionnelle de la santé pendant 14 ans. J'ai dirigé une clinique du diabète. En tant que coordonnatrice de la recherche, je sais à quel point c'est difficile quand une personne perd un membre. Il y a une grande crainte associée à la perte d'un membre. Des plaies non traitées peuvent entraîner une amputation. Comment ces fonds contribueront-ils à changer les choses dans la vie des gens qui vivent avec le diabète?

**Dre Catharine Whiteside:** Mme Sidhu fait allusion à une étude très importante financée par les Instituts de recherche en santé du Canada, menée en Ontario et dans un certain nombre d'autres provinces, où on a examiné les personnes présentant le risque le plus élevé de diabète et a démontré l'importance pour les personnes des cheminements cliniques dirigés par des podologues et des infirmières afin d'aborder la question de la prévention des amputations liées aux ulcères du pied diabétique.

Dans le cadre des soins fournis aux personnes diabétiques, les taux de complication sont le plus élevés chez les groupes dont le risque est le plus grand. Vous venez de nous entendre parler de certaines de ces populations qui présentent le risque le plus élevé. Aujourd'hui, au Canada, notre approche à l'égard du traitement des ulcères du pied diabétique est vraiment très mauvaise. En Ontario seulement, toutes les quatre heures, on procède à une amputation pour des ulcères du pied diabétique non traités. On a étudié ce fait en Alberta, et l'Alberta Health Services a reconnu que 85 % de ces amputations pourraient être évitées.

L'étude que présente Mme Sidhu vise à cerner les cheminements cliniques qui doivent être entrepris pour les groupes les plus à risque. Nous prônons la combinaison d'une détection précoce, particulièrement dans le contexte des soins primaires, et de la catégorisation possible de ces personnes qui présentent le risque le plus élevé dans des groupes nécessitant des soins particuliers qui sont dirigés par des podologues. Ces soins n'exigent pas le recours à des médecins. C'est vraiment un problème de soins infirmiers. Dans la plupart des provinces, particulièrement en Ontario aujourd'hui, les soins offerts par des podologues dans la collectivité ne sont pas payés. C'est un des plus grands obstacles aux soins. De plus, le coût des médicaments pour les personnes à risque élevé peut ne pas être couvert par les programmes provinciaux actuels.

Ce sont tous des aspects qui doivent être étudiés, au moyen de données probantes qui soutiennent les nouveaux cheminements pour la prévention des ulcères du pied diabétique et des amputations.

**Mme Sonia Sidhu:** Ma prochaine question s'adresse à la FRDJ.

La ministre de la Santé a annoncé des fonds de 7,7 millions de dollars pour des recherches sur le diabète de type 1, en partenariat avec la FRDJ. Le financement servira à soutenir les essais cliniques de thérapies révolutionnaires afin d'accélérer la mise au point de nouveaux traitements pour les gens qui vivent avec le diabète de type 1. Comment cet investissement a-t-il contribué à la lutte contre le diabète au Canada, particulièrement dans la région de Peel? Comment pouvez-vous aider les patients dans cette région, où le taux de diabète est élevé?

N'importe qui de la FRDJ, Patrick ou M. Prowten, peut répondre.

● (0855)

**M. Dave Prowten (président et chef de la direction, Fondation de la recherche sur le diabète juvénile Canada):** M'entendez-vous bien?

**Mme Sonia Sidhu:** Oui.

**M. Dave Prowten:** Certains des essais, madame Sidhu, sont effectués en Ontario et vont exploiter des choses comme les registres et la prestation de soins à l'aide de la télémédecine. Essentiellement, les gens seront en mesure d'accéder à leurs soins lorsqu'ils en ont le plus besoin. Il s'agit, en réalité, d'un effort pour changer le système de soins de santé. On met aussi à l'essai un nouveau traitement qui est approuvé pour le diabète de type 2 pour les personnes qui souffrent du diabète de type 1, et cet essai est dirigé par SickKids. Un grand nombre de nos électeurs seraient suivis par un médecin de SickKids. Je crois que ces essais sont très importants.

Certains des autres projets sur lesquels nous travaillons en ce moment avec les IRSC visent à nous faire vraiment comprendre la genèse ou l'immunologie du diabète de type 1, parce que c'est une maladie auto-immune. Je crois que vous verrez des percées dans le traitement et aussi dans la compréhension de la façon dont la maladie se déclare. Idéalement, dans l'avenir, nous serons en mesure d'éliminer la maladie avant même qu'elle se déclare.

**Mme Sonia Sidhu:** Vous avez affirmé que, en moyenne, 830 patients diabétiques meurent chaque année en Ontario en raison du manque d'accès à de l'insuline. Si l'insuline était couverte dans un programme d'assurance-médicaments, cela voudrait-il dire qu'aucun patient ne mourrait d'un manque d'insuline? Comment pouvons-nous éviter que des Canadiens soient privés d'un accès à des médicaments, particulièrement à l'insuline?

**M. Dave Prowten:** C'est une question vraiment importante.

L'insuline a été découverte à Toronto il y a près de 100 ans. Elle n'est pas accessible à toutes les personnes au Canada. Nous croyons qu'elle devrait faire partie d'une stratégie nationale d'assurance-médicaments et que toute l'insuline devrait être accessible. On a réalisé beaucoup de progrès, et le fait de donner aux gens l'outil le plus essentiel pour gérer leur diabète de type 1, c'est-à-dire l'insuline, est une mesure très importante qui pourrait être prise pour éviter les décès auxquels vous faites allusion.

**Le président:** Merci beaucoup.

Madame Gladu.

**Mme Marilyn Gladu (Sarnia—Lambton, PCC):** Merci, monsieur le président, et merci aux témoins de comparaître aujourd'hui.

Bienvenue, madame Hanson.

On a connu un problème l'an dernier, lorsque les personnes atteintes du diabète de type 2 qui recevaient le crédit d'impôt pour personnes handicapées ont cessé de le recevoir, parce que le gouvernement libéral a changé sa politique. A-t-on remédié à ce problème depuis?

**Mme Kimberley Hanson (directrice, Affaires fédérales, Relations gouvernementales et politiques publiques, Diabète Canada):** Nous croyons savoir que, après avoir annoncé son intention de le faire le 8 décembre, l'ARC a examiné le cas d'environ 2 300 personnes atteintes de diabète qui s'étaient vu refuser le crédit d'impôt entre mai et décembre 2017.

Après examen, elle a approuvé 58 % des cas, mais en a rejeté 42 %. Selon ce que la directrice générale de l'ARC nous a dit, cette dernière ne prévoit pas informer les 42 % de personnes dont le cas a été de nouveau rejeté de leur statut, et nous lui avons donc récemment fait parvenir une lettre dans laquelle nous disions que c'est important, aux fins de la transparence et de l'équité, que ces quelque 1 000 personnes dont le cas a été de nouveau rejeté soient informées de ce statut. Nous espérons qu'elle le fera sous peu.

**Mme Marilyn Gladu:** Ces personnes qui se sont vu refuser le crédit d'impôt, ces 42 %, perdront également tous les régimes d'épargne-invalidité en vue de la retraite qu'ils possèdent. Est-ce aussi vrai?

**Mme Kimberley Hanson:** C'est exact. Si une personne se voit refuser le crédit d'impôt pour personnes handicapées et qu'elle possédait un régime enregistré d'épargne-invalidité, elle pourrait être tenue en vertu de la loi de fermer ce REEI, et toutes les sommes d'argent, sous forme de subventions ou d'obligations, que le gouvernement avait contribuées à ce REEI seraient récupérées.

**Mme Marilyn Gladu:** Oui. C'est vraiment malheureux.

Je m'adresse au reste d'entre vous. J'ai écouté les témoignages et, pour donner suite aux mémoires, j'aimerais savoir ce que le gouvernement fédéral devrait faire, à votre avis, pour régler ce problème. J'ai entendu parler des soins fournis par des podologues, du coût des médicaments, y compris de l'insuline pour ceux qui n'ont pas les moyens de s'en acheter, de la télémédecine et de l'élargissement du programme pour les enfants.

Je vais commencer par vous, docteure Whiteside. Dites-moi ce que, à votre avis, le gouvernement fédéral devrait faire.

• (0900)

**Dre Catharine Whiteside:** Du point de vue d'Action diabète Canada, nous sommes très en faveur d'une stratégie nationale contre le diabète qui commencerait, avec les provinces et les territoires, à agir par rapport à la normalisation du diagnostic précoce des complications associées au diabète, au diabète lui-même, au diabète de type 2, et à faire en sorte qu'on applique les meilleures données probantes à des solutions pour les personnes diabétiques, en ce qui concerne tant le traitement de leur diabète que la prévention de leurs complications.

Les données probantes sont disponibles. La technologie est offerte. Il s'agit de savoir comment influencer le système de santé actuel, une province à la fois ainsi que les territoires, pour faire en sorte que les gens qui souffrent de diabète reçoivent les soins les plus opportuns et efficaces possible.

**Mme Marilyn Gladu:** C'est excellent.

Monsieur Brodeur.

[*Français*]

**M. Joël Brodeur (directeur, Développement et soutien professionel, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec):** Bonjour.

Au Québec, certaines infirmières ayant reçu une formation particulière ont récemment obtenu le droit de prescrire des médicaments en tant que traitement de première ligne. Elles peuvent ainsi prendre en charge des soins de plaies, en amont d'un traitement médical, et intervenir pour offrir le traitement de première ligne dans la communauté. Elles peuvent aussi travailler avec un partenaire médecin dans les cas les plus graves, où l'expertise du médecin est vraiment nécessaire.

Je crois que ce sont des mesures comme celles-là qui devraient être étendues, et que le droit de prescrire devrait être plus grand.

**Mme Marilyn Gladu:** Merci.

Madame Tremblay, aimeriez-vous ajouter un commentaire?

**Mme Lucie Tremblay (présidente, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec):** J'ai une préoccupation très importante.

Plus tôt, j'entendais Mme Sidhu parler du fait qu'il y a des populations qui ne reçoivent pas les soins auxquels elles ont droit. Au Québec, nous sommes dans une situation très particulière, que nous avons soulignée la dernière fois que nous sommes venus ici. C'est que la formation initiale des infirmières ne les prépare pas à soigner des clientèles diabétiques dans la communauté.

Comme le disait la Dre Whiteside tantôt, il faut que les gens aient accès aux soins de proximité, à la prévention et à un traitement rapide. Compte tenu du fait qu'il n'y a pas suffisamment d'infirmières qui reçoivent cette formation, nous craignons que l'accessibilité aux soins soit réduite pour l'ensemble des Québécois. Ce sont 8 millions de personnes qui n'ont pas un accès égal à celui offert dans le reste du Canada. On sait qu'il y a près de 250 000 Québécois qui vivent actuellement avec le diabète et qui ne le savent pas.

Il y a une véritable difficulté à accéder aux soins, alors il faut que tous les Canadiens, peu importe où ils sont ou dans quelle province ils vivent, aient accès à des soins, et rapidement. Ce problème est une véritable calamité, car des gens subissent des amputations qui auraient pu être prévenues. Des gens doivent vivre avec des problèmes d'insuffisance rénale, qui auraient pu être prévenus. Il faut faire quelque chose. C'est maintenant qu'il faut agir.

[*Traduction*]

**Mme Marilyn Gladu:** Excellent.

Je vais maintenant passer à la vidéoconférence.

Dave Prowten, nous commencerons par vous. À votre avis, que devrait faire le gouvernement?

**M. Dave Prowten:** Je vais m'appuyer sur deux choses.

La première, ce serait de créer un registre des personnes souffrant du diabète de type 1. En ce moment, nous ne disposons dans les faits que de très mauvaises données qui font le suivi des gens souffrant du diabète de type 1 ou de type 2. En réalité, ce sont des maladies très différentes, et nous devons le comprendre. Cela pourrait déboucher sur des modèles de soins différents pour les gens. Ce serait une initiative et un projet très importants à entreprendre.

La deuxième, c'est que nous commençons à comprendre la genèse de la maladie. Nous pourrions mettre en place des genres de programmes de dépistage, afin de comprendre qui va contracter cette maladie, et l'éliminer avant qu'elle se déclare. Si nous pouvions dans les faits éviter que des gens ne présentent cette maladie, ce serait incroyable.

Deux choses que nous pourrions envisager, ce serait un registre des personnes souffrant du diabète de type 1 et un programme de dépistage.

**Mme Marilyn Gladu:** D'accord.

Monsieur Tohill.

**M. Patrick Tohill (directeur, relations gouvernementales, Fondation de la recherche sur le diabète juvénile Canada):** Évidemment, comme les autres organisations ici, nous appuyons l'élaboration d'une stratégie nationale contre le diabète et le cadre Diabète à 360° lancé par nos collègues. Nous aimerions obtenir plus de fonds de recherche afin de prévenir des urgences comme celles liées à l'acidocétose diabétique et de réduire les visites à l'urgence attribuables au diabète, à la putréfaction et à l'hyperglycémie et l'hypoglycémie. Ce sont tous de bons éléments que nous devrions explorer.

**Mme Marilyn Gladu:** D'accord.

Madame Hanson.

**Mme Kimberley Hanson:** Je suis parfaitement d'accord avec tout ce que les autres témoins ont dit. En fait, les recommandations finales du cadre Diabète à 360°, qui ont été publiées depuis notre dernière présence au Comité, ont vraiment tenu compte de toutes les recommandations des témoins. Parmi ces recommandations, mentionnons l'établissement d'une banque de données nationale de renseignements au sujet du diabète; l'uniformisation de tous les soins et la fourniture d'une formation, conformément à un ensemble de normes, à tous les membres du personnel infirmier et les fournisseurs de soins de santé; un meilleur dépistage pour que tous ceux qui vivent avec le diabète ou qui présentent un risque de diabète soient au courant de ce statut; et la normalisation du traitement et son accessibilité à tous les Canadiens, peu importe leur province de résidence ou s'ils vivent dans une région éloignée ou rurale, etc.

Ce sont toutes les recommandations qui ont été prises en considération dans notre approche.

• (0905)

**Le président:** Désolé, le temps est écoulé.

Monsieur Davies.

**M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD):** Merci, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins, particulièrement ceux qui sont revenus. En fait, ils sont tous revenus.

**Mme Marilyn Gladu:** Encore et encore.

**M. Don Davies:** Oui.

Docteure Whiteside, sur votre site web, on dit que les complications coûtent annuellement 16 milliards de dollars aux Canadiens et que ce chiffre ne cesse de grimper.

Pourriez-vous s'il vous plaît nous en dire davantage sur ce chiffre et ce sujet?

**Dre Catharine Whiteside:** C'est exact. Merci d'avoir jeté un oeil à notre site web, Action diabète Canada.

Le coût qui a été cité est une combinaison de coûts directs et indirects. Les coûts directs renvoient aux hôpitaux, aux médecins et à d'autres frais d'honoraires liés aux provinces et aux territoires, mais les coûts indirects sont les coûts pour les patients et leur famille, les coûts sociétaux. Ces deux types de coûts sont en hausse.

La raison à cela, c'est que la prévalence du diabète et de ses complications augmente dans une population qui a un risque accru de diabète, tant de type 1 que de type 2, au Canada. Cela constitue une épidémie majeure, je dirais, de maladie au Canada. À moins que nous intervenions au Canada, et ce, pour fournir un diagnostic et un traitement du diabète et de ses complications en temps plus opportun, ces coûts continueront de grimper.

**M. Don Davies:** C'est peut-être une question injuste, mais, le plus succinctement possible, pouvez-vous nous dire quelles sont les une ou deux principales choses que nous pourrions faire pour commencer à réagir à ce problème?

**Dre Catharine Whiteside:** La première intervention requise consiste vraiment à repérer les personnes qui présentent le plus grand risque, et cela nécessitera l'intervention à l'échelon communautaire et à l'échelon des soins primaires, à l'aide de méthodes simples. Autrement dit, dans la pratique de soins primaires, il faudra permettre à un praticien de la prévention, qui pourrait être un membre du personnel infirmier, par exemple, de cerner ces personnes et d'intervenir auprès d'elles à l'aide d'un ensemble décisionnel de cibles d'interventions. Cela signifie de contrôler la glycémie, l'obésité et le cholestérol — tous les facteurs de risque au moyen d'une intervention et d'un diagnostic précoce. On l'a fait dans d'autres pays comme la Suède, où le coût des soins pour le diabète a été réduit grâce à une intervention précoce.

**M. Don Davies:** Merci.

Madame Hanson, le mémoire de l'Association canadienne du diabète présenté au Comité portant sur l'étude d'un programme national d'assurance-médicaments disait ceci:

> Les obstacles financiers sont tout particulièrement difficiles à surmonter pour les patients aux prises avec une maladie chronique. La recherche montre d'ailleurs que 23 % des personnes aux prises avec une maladie chronique sautent certaines doses en raison du prix des médicaments, comparativement à 10 % pour la population en général. Dans un même ordre d'idées, 25 % des diabétiques qui ont répondu au sondage mené par l'ACD en 2015 ont indiqué que l'observation de leur traitement était fonction des coûts. En 2014, 30 % des diabétiques qui ont répondu à l'enquête de Statistique Canada ont indiqué n'avoir aucune assurance pour le matériel et les fournitures nécessaires pour surveiller leur glycémie, et 15 % ont indiqué n'avoir aucune assurance pour payer les médicaments sur ordonnance.

J'ai deux questions. Voici la première: seriez-vous en faveur d'un programme national d'assurance-médicaments qui ferait en sorte que tous les patients diabétiques auraient un accès universel au diagnostic et au traitement dont ils ont besoin? La deuxième, c'est la suivante: pouvez-vous parler un peu plus en détail au Comité des obstacles financiers au traitement et aux soins auxquels les Canadiens qui souffrent de diabète sont exposés?

**Mme Kimberley Hanson:** Nous savons que les coûts, comme vous l'avez mentionné, sont un obstacle important pour les personnes qui souffrent de diabète. Selon votre lieu de résidence au Canada, vos autres assurances privées et votre protocole de traitement pour le diabète, cela peut coûter à un patient jusqu'à 15 000 $ en frais personnels par année pour vivre avec le diabète. Ce sont des coûts prohibitifs.

Nous savons que la grande majorité des gens atteints de diabète sont exposés à des coûts qui représentent au moins 3 % du revenu du ménage, ou 1 500 $ par année, que la Commission Romanow a désigné comme l'impact catastrophique du coût des médicaments comme dépenses personnelles. C'est vraiment un obstacle, comme vous l'avez reconnu, monsieur Davies, pour les gens qui respectent leur programme de soins prescrit, qui met en péril leur santé à court et à long terme, ce qui impose des coûts à notre système de santé.

Il est crucial que nous nous attaquions à ces obstacles en ce qui concerne les coûts. Ceux-ci s'appliquent, je veux vraiment insister là-dessus, non seulement aux médicaments, mais aussi aux appareils et aux fournitures nécessaires pour les soins des diabétiques. Je plaisante parfois en disant que l'insuline n'offre guère de bénéfices si vous n'avez pas de seringue pour l'injecter.

Nous serions assurément en faveur d'une approche nationale à l'égard de l'assurance-médicaments qui ferait en sorte que tous les Canadiens aient accès aux bons médicaments dont ils ont besoin au bon moment. Cela comprendrait aussi les appareils et les fournitures, comme les bâtonnets diagnostiques, les seringues et, pour de nombreuses personnes atteintes du diabète de type 1 et certaines personnes atteintes du diabète de type 2, des choses comme les pompes à insuline ou les appareils de surveillance du glucose en continu qui peuvent vraiment changer les choses dans le pronostic de santé à long terme de la personne diabétique.

● (0910)

**M. Don Davies:** Merci.

Cette question s'adresse à quiconque veut y répondre. Dans son rapport publié au printemps 2013, le vérificateur général a dit ceci:

> La réussite de la Stratégie canadienne sur le diabète repose sur des partenariats qui ne sont en place que partiellement. L'Agence a mis sur pied une tribune pour obtenir les conseils des spécialistes du diabète, mais cela n'a pas fonctionné comme prévu. Le comité créé pour coordonner les activités au sein du portefeuille fédéral de la Santé n'est plus actif. Ainsi, alors que l'Agence vise à mettre en oeuvre des politiques et des programmes liés au diabète fondés sur des données probantes, elle n'a pas établi de mécanisme qui lui permettrait de collaborer régulièrement avec les Instituts de recherche en santé du Canada dans la détermination de leurs besoins en matière de recherche. Par conséquent, les activités relatives au diabète sont morcelées au sein du gouvernement fédéral, et les efforts et l'argent qui y ont été consacrés n'ont pas été optimisés.

Y a-t-il quelque chose qui s'est amélioré au cours des cinq dernières années depuis 2013? Avez-vous des conseils à nous fournir, en tant que comité fédéral, quant à la façon dont nous pourrions réagir à ces préoccupations?

**Mme Kimberley Hanson:** Je pourrais peut-être commencer. Nous avons vraiment pris à coeur ces conclusions du vérificateur général, puisque nous avons commencé le travail d'élaboration de la stratégie Diabète à 360°. Je pense qu'un de ses principes sous-jacents essentiels, à ce jour, a été la collaboration entre 120 intervenants experts, dont un grand nombre provenant des quatre coins du pays sont ici aujourd'hui. Toutes nos recommandations reposent sur le principe que cette collaboration continue entre les divers ordres de gouvernement, entre la société civile et le secteur privé, est essentielle pour opérationnaliser une stratégie dans l'avenir.

Je crois que l'autre aspect important dénoncé dans le rapport par le vérificateur général est un élément fondamental et crucial de Diabète à 360°: nous devons établir le plus tôt possible un mécanisme afin de comprendre les répercussions mesurables des interventions que nous proposons.

La Dre Whiteside a parlé de l'établissement d'une banque de données nationale sur les personnes diabétiques. C'est essentiel pour comprendre si nous faisons réellement avancer les choses en ce qui concerne la réduction du fardeau du diabète pour le Canada grâce aux interventions. Voilà un des éléments essentiels que nous mettrons immédiatement en oeuvre dans le cadre de la stratégie Diabète à 360°, et cela aidera à éviter que la stratégie, à la manière de la dernière stratégie, souffre d'un manque de répercussions mesurables.

**M. Don Davies:** Merci.

**Le président:** Votre temps est écoulé. Je suis désolé.

Monsieur Grewal, vous avez sept minutes.

**M. Raj Grewal (Brampton-Est, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Je m'excuse aux témoins de mon retard. La circulation à Ottawa était plus importante que ce que j'avais prévu.

Je suis un nouveau membre du Comité. Je siégeais auparavant au Comité des finances.

J'ai lu le rapport du vérificateur général qui disait: « sept ans après le renouvellement du financement » — concernant la Stratégie canadienne sur le diabète — « l'Agence ne s'est toujours pas dotée d'une stratégie visant à orienter ses stratégies liées aux maladies chroniques, notamment le diabète. »

Pour donner un exemple concret, dans Brampton-Est, 86 % de notre population est associée à une minorité visible, qui est la deuxième population en importance appartenant à une minorité visible dans tout le Canada. Il y a une énorme population d'Asiatiques du Sud, de sikhs, d'hindous et de musulmans, y compris ma propre famille. Je viens de me marier cet été, et tous les aliments contenaient du sucre, du déjeuner jusqu'au repas du soir. Le diabète est une énorme préoccupation dans nos ethnies. Dans ma génération, nous sommes beaucoup plus au courant de la nécessité de manger santé, d'aller au gym et d'être actifs.

Beaucoup des témoignages misaient sur la prévention, sur le fait de déceler le problème assez tôt. Pourquoi ne le décèle-t-on pas assez tôt? Y a-t-il une corrélation avec le fait que les gens ne subissent pas leur examen médical annuel? Est-ce pourquoi on ne le décèle pas assez tôt? Chaque fois que je subis un examen médical, on fait des tests sanguins et on vérifie ce genre de choses. Les gens ne subissent-ils pas leur examen médical? Si nous avions une stratégie concertée pour envoyer les gens chez le médecin, cela aiderait-il?

Ce sont des questions de portée générale, donc tout le monde peut répondre.

● (0915)

**Dre Catharine Whiteside:** Je pourrais peut-être commencer.

Nous savons que la prévalence du diabète et de ses complications se concentre vraiment sur les populations dont le risque est associé à des facteurs socioéconomiques. Encore une fois, j'ai fait allusion au rapport publié cet été par l'Agence de la santé publique du Canada selon lequel les personnes qui vivent dans une catégorie socioéconomique plus faible sont quatre fois plus susceptibles de souffrir de diabète que celles qui font partie de la catégorie socioéconomique la plus élevée.

Les enjeux liés à la population ne concernent pas seulement le groupe ethnique. Vous avez tout à fait raison. Les Asiatiques du Sud et les Asiatiques sont plus susceptibles de souffrir du diabète et de ses complications, mais l'idée, c'est de comprendre comment intervenir auprès de toute population à risque dès le début pour prévenir le diabète. Ce n'est pas juste une question de santé. C'est aussi une question de société, d'éducation, de sécurité alimentaire. C'est une question qui exige de multiples degrés d'intervention, sur le plan non seulement de la santé, mais aussi de l'intervention dans les écoles. C'est une question de santé publique qui nécessite des interventions dans les collectivités.

Il serait intéressant de savoir comment la collectivité dans votre circonscription pourrait conjuguer ses efforts et lancer un programme d'interventions, qui tiennent compte des sensibilités culturelles et de l'éducation, sur la façon de prévenir le diabète. C'est vraiment une maladie multifactorielle qui nécessite des interventions multifactorielles, pas seulement une visite chez le médecin.

**M. Raj Grewal:** Je ne voulais pas simplifier à l'extrême en laissant entendre que c'est juste une visite chez le médecin. Je vais vous donner un autre exemple, qui découle de ma perspective très étroite sur le sujet.

Les gens de ma circonscription font partie de la classe moyenne supérieure, et le prix moyen des maisons avoisine le million de dollars. Ce sont encore surtout des Asiatiques du Sud, mais les facteurs socioéconomiques ne sont pas ceux qui causent le diabète; c'est plutôt l'attitude de type « Je veux manger ce qui me plaît ». J'ai cette conversation tous les jours avec mon père. Il a des problèmes cardiaques. Il n'est pas diabétique, mais je suis étonné qu'il ne le soit pas. Il mange tout ce qu'il veut, et c'est juste comme ça qu'il vit sa vie. Il existe des programmes en pendjabi, en hindi et en arabe au sujet du diabète. La communauté sait très bien qu'elle se situe à l'extrémité supérieure du spectre de cette maladie. Elle en entend parler dans des émissions de télévision destinées à des groupes ethniques. Cela ne change absolument rien.

Notre communauté croit aussi en la nécessité d'aller voir le médecin, particulièrement les aînés. C'est presque comme une sortie sociale pour eux. De son vivant, ma grand-mère avait l'habitude d'aller voir mon médecin de famille, et c'était une visite hebdomadaire, même s'il n'y avait rien qui clochait chez elle et qu'elle n'était pas malade. Cela revient à la question selon laquelle, par exemple, les écoles dans la région de Peel ont fait un effort concerté pour éliminer tout ce qui contient du sucre, depuis l'époque où j'ai fréquenté l'école secondaire et l'école intermédiaire. Nous comprenons évidemment les répercussions.

Les parents amènent leurs enfants chez le médecin, donc je ne comprends pas pourquoi nous ne dépisterions pas la maladie à un jeune âge. Les enfants qui vont à l'université ont accès à des services médicaux également. Chaque visite chez le médecin est gratuite. Ma question porte encore sur le fait de savoir comment vous vous y prenez pour que les gens subissent l'examen.

**Mme Kimberley Hanson:** Je peux ajouter quelque chose à ce que la Dre Whiteside a dit. Vous avez soulevé quelques points excellents. Un très grand nombre de facteurs contribuent au risque que des gens souffrent de diabète. Même si tout le monde consultait son médecin pour subir un examen médical annuel, une des difficultés auxquelles nous faisons face en ce moment, c'est que ce ne sont pas tous les professionnels de la santé qui contrôlent systématiquement les gens pour connaître le risque de diabète au moyen des lignes directrices de pratique clinique qui reposent sur les pratiques exemplaires.

Une des choses que l'initiative Diabète à 360 ° permettrait de faire, c'est réagir le plus rapidement possible, en intégrant dans le système de dossiers médicaux électroniques des demandes et ce genre de choses, afin qu'on s'assure que si votre grand-mère va chez le médecin, tous les médecins ou les infirmières qu'elle verra feront un dépistage.

La deuxième chose que nous devons faire, c'est rendre le dépistage plus accessible là où les gens se trouvent, donc peut-être à la pharmacie, à l'épicerie ou au centre communautaire, de sorte que les gens puissent être davantage sensibilisés au fait qu'ils s'exposent au risque de diabète.

Malheureusement, c'est le genre de choses que vous devez continuer de faire, parce que, une année, vous n'aurez peut-être pas le diabète ou le prédiabète, mais l'année suivante, cela pourrait avoir changé. Ce n'est pas une chose ponctuelle que vous pouvez faire, puis vous avez terminé.

Globalement, nous devons essayer de trouver des moyens de rendre le dépistage et le traitement plus uniformes dans l'ensemble du pays, ainsi que d'améliorer l'environnement de la prévention primaire de la façon mentionnée par la Dre Whiteside. Toutes ces mesures font partie de nos recommandations.

● (0920)

**M. Dave Prowten:** Si je peux dire une chose de plus, ce serait qu'il y a une différence entre la prévention et le dépistage pour le diabète de type 1 et le diabète de type 2. Vous parlez beaucoup du diabète de type 2, mais de nouvelles recherches donnent à penser que nous pourrions contrôler les enfants et rechercher des biomarqueurs à 3 et à 5 ans, et déterminer qui est en voie de contracter la maladie. Si vous savez quelles personnes y sont prédisposées, vous pourriez alors élaborer des stratégies d'intervention pour ces personnes.

Je voulais seulement décrire la différence entre une stratégie visant le diabète de type 1 et une stratégie visant le diabète de type 2.

**Le président:** Merci beaucoup.

Le temps est écoulé, mais je vous remercie de vos questions, et nous sommes certainement ravis d'entendre parler de votre grand-mère.

Nous commençons notre période de cinq minutes.

J'aimerais maintenant passer à M. Lobb.

**M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC):** Merci beaucoup, monsieur le président.

Mes parents et les parents de M. Grewal ont beaucoup de choses en commun. Je me demande parfois ce qui fait que les miens n'en aient pas.

**Des voix:** Ha, ha!

**M. Ben Lobb:** J'aimerais savoir quelles provinces vont payer pour les bandelettes diagnostiques. Quelles provinces le feront aujourd'hui?

**Mme Kimberley Hanson:** La plupart des provinces offrent une certaine couverture pour les bandelettes diagnostiques dans certaines circonstances. Si une personne a le diabète de type 1, elle a généralement un accès beaucoup plus grand aux bandelettes diagnostiques que si elle a le diabète de type 2. Des provinces différentes ont des limites différentes. Par exemple, les montants prévus pour les bandelettes diagnostiques de l'Alberta sont assez faibles. Ceux de l'Ontario sont plus élevés, mais il y a aussi des programmes qui sont accessibles si une personne est une aînée ou assistée sociale. Cela varie vraiment.

**M. Ben Lobb:** En Ontario, par exemple, j'ai parlé de ce sujet à de nombreux aînés, et ils me disent que s'ils ont le choix entre acheter les bandelettes ou avoir de l'argent pour payer leur facture de chauffage, ils paieront leur facture de chauffage. Nous faisons ici cette étude, et c'est aussi simple que ça. Les provinces doivent faire leur part. Nous pouvons tenir des tonnes de conférences sur la façon de le faire, mais si une veuve de 70 ans ne peut faire vérifier ses taux sanguins à des intervalles réguliers... Je lui ai posé la question, et elle a répondu: « Eh bien, je décide en fonction de la façon dont je me sens. »

Je sais que beaucoup de cerveaux se penchent sur cette question, mais si les provinces ne veulent pas faire cela, ça ne fonctionnera jamais.

**Mme Kimberley Hanson:** Vous avez tout à fait raison.

D'abord, c'est essentiel que les gens aient accès aux bandelettes diagnostiques dont ils ont besoin en fonction de leur expérience du diabète, et cela varie vraiment d'une personne à l'autre. C'est pourquoi nous insistons sur le fait que la couverture pour les appareils et les fournitures, comme les bandelettes diagnostiques, fasse partie d'une approche nationale d'assurance-médicaments, parce que c'est tout aussi essentiel que l'insuline ou la metformine dont ces personnes ont besoin pour vivre.

Vous avez aussi raison de dire que les provinces ont un rôle crucial à jouer pour ce qui est de la mise en oeuvre de ces stratégies. Vraiment, les recommandations issues de l'approche Diabète à 360 ° reposent sur le principe que nous allons collaborer avec les provinces et les territoires afin de les mettre en oeuvre. Nous voulons créer, dans la mesure du possible, une plus grande harmonisation entre les provinces pour ce qui est de la couverture offerte. Nous croyons que c'est possible, à la lumière de l'état des négociations que nous avons eues avec les provinces à ce jour.

**M. Ben Lobb:** Je ne peux juste pas imaginer la succession des ministres et des sous-ministre de la Santé dans chaque province qui ignorent cela. Quand la période électorale arrive, ils ont de l'argent pour presque tout le reste, mais pour quelque chose qui va tellement de soi, il n'y a pas d'argent. C'est probablement le fait d'une volonté politique et d'un vieux système.

Au printemps, j'ai visité une entreprise à Hamilton. C'est une société de génie logiciel vouée précisément à des problèmes de santé chroniques, particulièrement le diabète et d'autres problèmes. C'est une remarquable histoire canadienne au sujet d'une femme PDG. Devinez où la société vend tous ses produits? Aux États-Unis. Je lui ai demandé pourquoi. C'est assez facile, parce que les régimes Medicaid et le régime d'assurance-maladie ont fait en sorte que les médecins et les cliniques qui pratiquent en vertu de ces régimes sont forcés d'avoir un système qui empêche les patients qui ont quitté l'hôpital d'y retourner parce qu'ils ne respectent pas le régime alimentaire associé à des maladies chroniques.

Vous avez demandé pourquoi nos provinces ne payaient pas. Il n'y a pas de système en place qui permet de couvrir le coût de la mise en oeuvre et de l'aide connexe. Le taux d'adhésion est élevé. Le taux de réussite est élevé. Aux États-Unis, des milliers et des milliers de patients adhèrent chaque mois; pourtant, nous avons ici un système où nous ne pouvons rien faire.

Comment pouvons-nous faire une percée ici? On dirait presque que nous avons toutes les réponses, mais personne n'a la volonté de faire les choses.

● (0925)

**Mme Kimberley Hanson:** C'est exactement la raison pour laquelle une stratégie est autant nécessaire. En ce moment, aujourd'hui, nous n'avons pas de cadre global, pas de lignes directrices, pas de normes vers lesquelles nous tendons, pas de cibles que nous visons, de quelque façon coordonnée que ce soit.

Nous croyons qu'une stratégie peut vraiment aider à atteindre ces objectifs. Elle peut examiner le système de santé du point de vue des systèmes et demander pourquoi nous n'incitons pas les fournisseurs de soins de santé à s'assurer que leurs patients n'ont pas besoin de revenir. Il existe dans les faits des pays où les médecins sont rémunérés lorsque leurs patients ne reviennent pas, ce qui donne lieu à d'autres problèmes.

Je pense que nous avons les moyens d'améliorer le fonctionnement du système si nous le faisons de façon coordonnée et en comprenant le résultat de nos interventions.

**Le président:** Je suis désolé, mais le temps est écoulé.

Monsieur Ayoub, vous avez cinq minutes.

[*Français*]

**M. Ramez Ayoub (Thérèse-De Blainville, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Merci aux témoins d'être présents, une fois de plus.

Je vais continuer dans le même sens que mon collègue M. Lobb.

Nous avons certainement beaucoup d'information, et ce n'est pas nouveau que l'on parle de recherche. Il y a des plans d'action, on le voit. Selon de récentes recherches, je dirais depuis 2009, il y a une différence entre le fait de traiter des personnes en amont et celui de traiter des personnes malades qui doivent l'être sans attendre. C'est une question d'urgence. Je n'entre pas dans les détails, mais je ne crois pas que nous trouverons une solution rapidement.

Avant de parler d'urgence, essayons de voir ce qui n'a pas fonctionné depuis les années des premiers plans d'action, des premières constatations, car presque 10 ans plus tard, nous en sommes au même point. Les études ne semblent pas avoir démontré d'améliorations tangibles ni de changement de cap.

Ma question est donc assez simple. Qu'est-ce qui ne fonctionne pas — on a partiellement répondu à cela — et que nous devrions améliorer maintenant? De quelles meilleures pratiques d'ailleurs dans le monde pouvons-nous nous inspirer?

J'invite quiconque veut bien répondre de se sentir libre de le faire.

**Mme Lucie Tremblay:** Premièrement, je crois qu'il faut rendre visible l'invisible.

Quand une personne n'a pas encore reçu de diagnostic de diabète, qu'elle n'a pas été reconnue comme étant diabétique et qu'elle n'a pas accès aux soins, nous avons déjà là un problème important. J'entends parler d'un registre qui permettrait de faire connaître qui sont les personnes touchées et d'intervenir très précocement. Cela m'amène à dire qu'il faut investir davantage dans la prévention, dans ce qui est invisible. L'un de mes amis dit souvent « une once de prévention vaut une livre de guérison ».

Contrairement à ce que M. Grewal disait tantôt, ce ne sont pas tous les Canadiens qui sont sensibilisés à ce sujet. Il reste encore beaucoup de travail à faire aux chapitres de la prévention et de la promotion de la santé. Cela ne se passe tout simplement pas au cours d'une visite médicale, c'est un véritable continuum de mesures qui doit être mis en place. Bien qu'il soit nécessaire, pour les diabétiques, d'avoir accès aux aiguilles, au matériel nécessaire pour se piquer et aux bandelettes pour faire les tests, ils devraient aussi pouvoir bénéficier de politiques de prévention et de promotion de la santé.

**M. Ramez Ayoub:** Qui doit faire cela?

**Mme Lucie Tremblay:** Je crois qu'il faut avoir un message clair.

**M. Ramez Ayoub:** D'où doit venir le leadership?

**Mme Lucie Tremblay:** J'entendais tantôt la Dre Whiteside dire que des pays ont réussi à se démarquer. À un certain point, il faut qu'ici, au Canada, on parle d'une voix forte.

**M. Ramez Ayoub:** Actuellement, qu'est-ce qui nous empêche de le faire? Quel est l'obstacle qui nous empêche d'être des leaders? Pourquoi n'y a-t-il pas de leadership?

**Mme Lucie Tremblay:** Je vais laisser des collègues répondre à votre question. Ils sont probablement plus savants que moi à ce sujet.

**M. Ramez Ayoub:** Docteure Whiteside, je me tourne vers vous.

[*Traduction*]

Voulez-vous répondre à cette question? Pourquoi n'y a-t-il pas de leadership?

**Dre Catharine Whiteside:** Je pense que le manque de leadership est en réalité imputable aux provinces et aux ministères provinciaux de la Santé. Comme M. Lobb l'a dit, ce genre de question doit faire partie des priorités politiques.

Si nous regardons dans le monde... Je prends la Suède comme excellent modèle. La Suède a la taille de l'Ontario. Au total, 90 % des personnes qui souffrent de diabète sont inscrites. Elles font l'objet d'un suivi étroit, et les résultats sont surveillés. Le pays a les meilleurs résultats au monde au chapitre du diabète et des complications, parce qu'il utilise des renseignements et le suivi du rendement comme méthode de référence pour améliorer les soins.

C'est l'absence de suivi des personnes qui ont des maladies chroniques — comme le diabète et ses complications — d'une province à l'autre qui occulte vraiment cette question d'absence de soins.

● (0930)

**M. Ramez Ayoub:** Où nous situons-nous par rapport à la Suède, par exemple, au chapitre de la prévention et du dépistage?

**Dre Catharine Whiteside:** Nous faisons relativement piètre figure. J'attire votre attention sur une évaluation très importante des mesures des résultats axés sur la valeur qui a été publiée par l'Economist Intelligence Unit en 2016. Selon cette publication, une des très importantes lacunes du Canada, dans l'ensemble des provinces, concerne les registres de personnes ayant certains types de maladies. Cela contraste avec un pays comme la Suède, où la plupart des maladies chroniques — maladies cardiaques, diabète, insuffisance rénale — sont toutes suivies, mesurées et prises en charge dans des sites communautaires qui permettent à la personne malade d'élaborer conjointement avec des professionnels de la santé ses stratégies de prévention.

À mon avis, c'est le modèle que le Canada devrait adopter. Je pense que cela pourrait être un résultat fondamental d'une stratégie nationale sur le diabète, si les provinces sont prêtes à travailler sur cette stratégie.

**M. Ramez Ayoub:** Merci.

**Le président:** Merci beaucoup, mais le temps est écoulé.

Passons maintenant à M. Webber.

**M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC):** Merci.

J'ai quelques questions sur les produits proprement dits qui existent. Par exemple, la question des pompes à insuline n'a pas été soulevée.

Il y a quelques années, durant une élection provinciale en Alberta, les candidats ont fait grand cas de la couverture des pompes à insuline et de qui les fournirait s'ils étaient élus et qui ne les fournirait pas. Bien sûr, à l'époque, j'avais juste présumé que les bandelettes diagnostiques, les seringues et tout cela étaient couverts en Alberta, mais Kimberley, vous avez dit que ce n'est pas le cas en Alberta ou ailleurs au Canada.

Pourriez-vous en dire plus à ce sujet? Y a-t-il des provinces qui font bien les choses?

**Mme Kimberley Hanson:** En ce moment, il y a des écarts importants entre ce qui est couvert sur le plan des fournitures et des appareils pour diabétiques dans chaque province et territoire au Canada.

Je m'en voudrais de ne pas mentionner la pompe à insuline, parce que j'en porte une depuis 23 ans et je ne pourrais littéralement pas vivre sans elle.

De nos jours, je trouve en fait assez choquant de constater que, dans de nombreuses provinces, il n'y a toujours pas de couverture pour les pompes à insuline ou que la couverture est limitée en fonction de l'âge. Dans certains endroits, elles ne sont couvertes pour les enfants que jusqu'à l'âge de 25 ans. Le diabète de type 1 n'est pas une maladie pour laquelle nous avons un remède; il ne disparaît certainement pas lorsque vous avez 25 ans. En fait, plus vous l'avez longtemps, généralement, plus vous vous exposez à des complications, etc.

En ce moment, aucune province ne fait bien les choses. Pour donner suite aux commentaires de la Dre Whiteside en réponse à la question de M. Ayoub, je pense qu'il n'y a en ce moment pas de leadership et que ce leadership ne peut venir d'une seule instance. Il doit s'agir d'une collaboration entre tous les acteurs qui ont un rôle à jouer dans le système de soins de santé: les gouvernements provinciaux et fédéral et les organisations de la société civile comme la nôtre qui défendent les intérêts des patients. Le secteur privé a aussi un rôle à jouer pour s'assurer que ces interventions vraiment utiles sont accessibles à tous. Les entreprises qui fabriquent les pompes à insuline, les bandelettes diagnostiques et les seringues ont un rôle à jouer pour faire en sorte qu'elles soient plus accessibles partout d'une façon qui est durable pour notre économie.

**M. Len Webber:** À long terme, les pompes à insuline sont-elles une façon de réduire les coûts, d'éviter que les gens aient à se tourner vers les seringues pour le reste de leur vie?

**Mme Kimberley Hanson:** Certaines données portent à croire que, dans le cas des bons candidats pour les pompes à insuline, celles-ci préviennent effectivement les complications à long terme, ce qui réduit les coûts pour le système de soins de santé. La technologie des pompes à insuline demeure relativement nouvelle, et les données apparaissent à mesure que les gens commencent à les porter. Quand nous comprendrons mieux l'expérience à long terme que suppose le fait de vivre avec une pompe, nous en saurons davantage, mais il va certainement sans dire qu'il y a des complications à long terme à éviter.

L'autre chose vraiment importante que je devrais dire, c'est que, comme MM. Prowten et Tohill l'ont mentionné plus tôt, le risque d'acidocétose diabétique, l'ACD, qui est vraiment une hyperglycémie, une crise potentiellement fatale pour le corps, est particulièrement élevé chez les gens souffrant du diabète de type 1. Ces personnes sont aussi particulièrement à risque d'hypoglycémie sévère, ce qui peut entraîner des convulsions et le coma.

Les pompes à insuline peuvent être cruciales pour aider à éviter les affections qui causent des hospitalisations et des interventions d'urgence coûteuses à court terme.

● (0935)

**M. Len Webber:** Combien coûte une pompe à insuline?

**Mme Kimberley Hanson:** Une pompe à insuline coûte environ 8 000 $, puis il faut environ 3 000 $ de plus pour la faire fonctionner.

**M. Len Webber:** L'approvisionnement en insuline dans le monde est-il une préoccupation? Y a-t-il des pénuries d'insuline?

**Mme Kimberley Hanson:** Il n'y a pas de pénurie d'insuline. On entend beaucoup de nouvelles aux États-Unis en ce moment concernant des gens qui n'y ont pas accès en raison des coûts. Cela s'explique par tout un tas de raisons compliquées que, heureusement, nous ne connaissons pas dans la même mesure au Canada.

Non, il n'y a pas de pénurie. Il y a parfois des enjeux liés à l'accès à certains nouveaux types d'insuline. Certaines provinces hésitent à ajouter de nouveaux types d'insuline qui peuvent améliorer rapidement la gestion du taux de glycémie des gens. C'est une autre chose que nous voulons voir se concrétiser dans le cadre de la stratégie. À mesure que de nouveaux médicaments sont disponibles, et qu'il est prouvé qu'ils améliorent les résultats des patients, nous devons nous assurer qu'ils sont mis à la disposition des gens plus rapidement.

**Le président:** Merci beaucoup.

Passons au Dr Eyolfson.

**M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.):** Merci, monsieur le président, et merci à vous tous d'être venus.

J'ai le désavantage d'être plus bas dans la liste, donc une bonne partie des questions que j'allais poser l'ont déjà été.

J'ai particulièrement aimé les commentaires au sujet des incidents qui se produisent lorsque des gens qui tombent malades se rendent aux services d'urgence. Je suis urgentiste depuis environ 20 ans et j'essaie de m'en sortir. J'ai passé une bonne partie de ma carrière dans un hôpital situé dans un des codes régionaux les plus pauvres au Canada, donc nous avons vu beaucoup de cas de non-respect du traitement lié à toutes sortes de maladies, mais particulièrement des problèmes avec l'insuline.

En ce qui concerne les coûts associés au diabète, particulièrement le coût du non-respect, je ne compte plus le nombre de fois où j'ai traité l'ACD. Nous pouvions en réalité rédiger les ordonnances initiales avant même de voir le patient, parce que nous voyions si souvent des cas semblables. Nous savions que si le patient aboutissait dans l'unité de soins intensifs, cela pourrait coûter des dizaines de milliers de dollars. S'il finissait par avoir besoin d'un pontage coronarien, par exemple, cela coûterait environ 60 000 $. Un chiffre frappant qui est ressorti, c'est que, quand une personne finit par avoir besoin d'une dialyse, cela coûte 70 000 $ par année par patient.

Nous avons essayé de retrouver ces chiffres, que j'ai utilisés pour défendre le fait de savoir si nous pouvions ou non nous payer l'assurance-médicaments. J'ai toujours été d'avis que nous n'avons pas les moyens de ne pas le faire.

En ce qui touche les coûts liés au non-respect pour l'ensemble des maladies, il y a diverses estimations. On pourrait parler d'environ 5 milliards de dollars par année à l'échelle nationale. Avons-nous des estimations des coûts liés au non-respect pour le diabète seulement? Y a-t-il des chiffres qui montrent ce que nous pourrions faire économiser au système de soins de santé en coûts attribuables au non-respect si nous ne fournissions que les coûts associés au diabète?

**Mme Kimberley Hanson:** Je peux fournir une réponse partielle à votre question, en partie parce que nous ne disposons pas des données centrales qui seraient nécessaires pour pouvoir répondre correctement à votre question, et on doit remédier à cette lacune.

Ce que nous savons, c'est que juste en recensant les gens qui ont le prédiabète et en leur offrant un programme d'encadrement éprouvé pour les aider à gérer leur poids et leur activité physique, et donc à réduire le risque de souffrir de diabète, nous pouvons empêcher presque 60 % d'entre eux de contracter le diabète de type 2. Au Canada, cela représenterait environ 110 000 personnes par année ou plus de 1 million de personnes au cours des 10 prochaines années. Si nous les empêchions de contracter le diabète, nous pourrions éviter, d'après des études, au moins 5 000 amputations des membres inférieurs chaque année et au moins 35 000 hospitalisations chaque année au Canada. Cela nous ferait économiser environ 18 milliards de dollars au cours des 10 prochaines années en frais de santé associés au traitement de gens qui présentent le diabète de type 2, en traitant ces amputations et la réadaptation continue, et le coût de ces hospitalisations.

Je devrais dire que ces calculs reposent sur l'utilisation d'un coût moyen par hospitalisation de 6 000 $, ce qui est très faible par rapport à ce dont auraient besoin la plupart des gens souffrant d'acidocétose diabétique ou devant subir une dialyse.

● (0940)

**M. Doug Eyolfson:** Merci. C'est un chiffre extrêmement utile.

Selon ma compréhension du mémoire également, nous parlons du diabète de type 1, mais en fait, le diabète de type 2 est maintenant dans les faits beaucoup plus prévalent. Mon évaluation est-elle juste?

**Mme Kimberley Hanson:** Oui, entre 90 et 95 % des gens diabétiques ont le deuxième type de diabète.

**M. Doug Eyolfson:** Oui.

Merci.

**Dre Catharine Whiteside:** Puis-je juste ajouter une autre chose?

**M. Doug Eyolfson:** Je vous en prie.

**Dre Catharine Whiteside:** Je suis une néphrologue qui essaie de s'en sortir. Donc, en ce qui concerne les gens qui ont le diabète et présentent les signes précoces d'une maladie rénale, le traitement consiste surtout en des médicaments. C'est un traitement pour l'hypertension, un taux de cholestérol élevé et un traitement particulier pour une maladie rénale diabétique. Les médicaments sont assez coûteux. Si vous pouvez empêcher que se déclare une maladie rénale au stade terminal qui exige une dialyse, vous économiserez 70 000 $ par année par patient, et c'est assez faisable. Le problème, c'est l'intervention précoce et l'observance de la médication. Cela revient à dire que ceux qui présentent le risque le plus élevé — ceux qui appartiennent à la catégorie socioéconomique la plus faible — peuvent ne pas pouvoir se payer ces médicaments. Donc, si vous voulez établir un lien avec l'assurance-médicaments, ce sont ces risques cardiovasculaires et rénaux qui sont particulièrement importants.

**M. Doug Eyolfson:** Très bien. Je crois que mon temps est écoulé.

Merci.

**Le président:** Passons maintenant à M. Davies.

**M. Don Davies:** Merci.

J'aimerais juste apporter une correction.

Madame Hanson, en ce qui concerne les pompes à insuline, en Colombie-Britannique, la province d'où je viens, à partir du 3 juillet, le ministre de la Santé, Adrian Dix, a annoncé que la province couvrirait les frais des pompes à insuline pour tous les résidants de la Colombie-Britannique. Je crois qu'il y avait eu une restriction avant cette date. On ne couvrait le coût que pour les gens de moins de 25 ans.

Savez-vous s'il y a d'autres provinces au pays qui couvrent les pompes à insuline pour tous les citoyens, mis à part cette province?

**Mme Kimberley Hanson:** Non. Dans d'autres provinces, ce n'est pas limité en fonction de l'âge. Je ne suis pas une grande experte par rapport à toutes les provinces, mais je sais que, par exemple en Ontario, le Programme des appareils et accessoires fonctionnels couvre les pompes à insuline pour les gens de tous âges. Dans certaines provinces, c'est fourni, peu importe l'âge, puis dans d'autres, comme je l'ai dit plus tôt, il y a en ce moment peu d'aide, voire pas du tout, pour les pompes à insuline.

**M. Don Davies:** D'accord, merci.

Monsieur Prowten, quelles sont les difficultés particulières liées au diagnostic et à la prise en charge du diabète de type 1, particulièrement chez les enfants et les adolescents?

**M. Dave Prowten:** Je pense que ce sont des choses comme le respect du traitement, dont on a beaucoup parlé aujourd'hui. C'est un fardeau important pour l'enfant, mais également pour les parents, donc cela ressemble vraiment à une maladie familiale à ce moment-là.

Nous avons beaucoup parlé des pompes à insuline, mais nous n'avons pas vraiment beaucoup parlé aujourd'hui des glucomètres continus. Il y a davantage de technologies qui existent aujourd'hui. Les glucomètres continus ne sont approuvés par aucune province du Canada en ce moment. Ils ne sont pas remboursés. J'ai soupé hier soir avec deux familles qui ont un enfant atteint de diabète de type 1. Elles surveillent leur enfant sur leur téléphone, parce qu'elles peuvent vérifier et corriger la glycémie à l'aide du glucomètre continu.

Nous avons l'occasion de donner en ce moment aux gens une meilleure technologie pour gérer la maladie, mais aussi, essentiellement, pour éliminer le fardeau lié à la maladie. C'est mieux pour l'enfant, mais aussi pour la famille. Je nous encouragerais vraiment à envisager de donner accès à toute la technologie qui existe en ce moment pour aider les familles, et particulièrement les enfants, à avoir une vie plus en santé.

**M. Don Davies:** Dans la même veine, j'ai tenu une assemblée publique à Nanaimo cet été, et un homme est venu me voir par la suite. Il souffrait du diabète de type 1. Il m'a dit que, lorsqu'il dormait, il devait avoir un type de moniteur particulier, parce qu'il pourrait subir un choc diabétique pendant son sommeil. Est-ce ce à quoi il faisait référence, à un glucomètre continu? Est-ce ce dont les gens ont besoin lorsqu'ils dorment?

Je reconnais que vous êtes spécialiste du diabète chez les jeunes, mais avez-vous des renseignements à ce sujet?

**Mme Kimberley Hanson:** Dave, est-ce que je peux leur montrer?

**M. Dave Prowten:** Oui, ce serait génial.

**Mme Kimberley Hanson:** Je porte un glucomètre continu. C'est une lecture sur mon téléphone de ma glycémie. C'est élevé, parce que je suis arrivée en retard en raison de la circulation et que je suis stressée. Cet appareil me surveille en tout temps. Si je commence à tomber en hypoglycémie, ce qui peut arriver à de nombreuses personnes qui ont le diabète de type 1 durant la nuit... et il se pourrait qu'elles ne se réveillent pas, l'appareil va commencer à m'alerter au moyen d'un signal sonore. Si je ne réponds pas en lui disant que je suis consciente, que je suis au courant et que je traite mon hypoglycémie, il va commencer à émettre un signal sur le téléphone de mon mari, de sorte qu'il se réveillera et me sauvera la vie.

Je ne peux insister assez sur le caractère critique de cet appareil pour les parents d'enfants ayant le diabète de type 1 qui se font en ce moment conseiller, lorsque leur enfant reçoit le diagnostic, de se lever au moins une fois, si ce n'est deux ou trois fois durant la nuit, juste pour s'assurer que leur enfant est toujours en vie. Imaginez la terreur qu'ils ressentent tout le temps; tandis que, s'ils avaient ces types d'appareils, cela leur permettrait de dormir en sachant que la technologie les avertira si leur enfant est à risque de tomber dans le coma, et ils pourront se lever et agir.

Ce n'est pas destiné à tous les 5 millions de personnes qui ont le diabète au Canada. Ce serait peut-être excessif pour bon nombre d'entre elles, mais pour les gens qui souffrent de diabète de type 1, c'est presque essentiel. Je ne pourrais pas y arriver sans cela.

● (0945)

**M. Don Davies:** Quel est le pourcentage de gens ayant le diabète de type 1 au Canada qui ont ces appareils?

**Mme Kimberley Hanson:** Ils sont extrêmement rares, parce que c'est aussi extraordinairement cher à faire fonctionner. Il en coûterait 3 000 ou 4 000 $ de plus par année pour faire fonctionner ce système. Comme Dave l'a dit, aucune province ne fournit en ce moment cette couverture.

**M. Don Davies:** Une étude récente menée par la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers a révélé que les coûts liés au non-respect entraînent le décès de 270 à 420 Canadiens diabétiques en âge de travailler chaque année. Je crois qu'il est important de souligner, tandis que nous parlons de la détérioration de la santé, qu'il s'agit d'une question de vie ou de mort pour de nombreuses personnes.

Vous venez de parler des gens qui pourraient mourir en plein milieu de la nuit parce qu'ils n'ont pas accès à une technologie qui existe, parce que notre système de soins de santé ne la rend pas abordable. Devrions-nous couvrir ces frais pour chaque Canadien qui en a besoin?

**Mme Kimberley Hanson:** Je pense que oui: si son équipe de soins de santé juge qu'il en a besoin, nous devrions les couvrir.

Le diabète tue au minimum plus de 7 000 personnes au Canada; c'est-à-dire qu'il figure comme la cause du décès de plus de 7 000 personnes par année. Nous savons que le diabète est la principale cause des maladies cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux et de l'insuffisance rénale, qui peuvent aussi figurer comme causes du décès. Nous croyons que ces 7 000 personnes masquent le chiffre réel, qui se situe probablement dans les dizaines de milliers de personnes qui meurent en raison du diabète ou de ses complications au Canada chaque année.

C'est une maladie qui nous semble, en quelque sorte, bénigne. Vous prenez une pilule, vous surveillez ce que vous mangez un peu et vous vivez longtemps. Pour certaines personnes, c'est vrai, mais ce qui est surtout vrai pour un plus grand nombre d'entre nous, c'est que c'est débilitant. Cela nuit à notre productivité financière et à notre capacité de travailler. Cela a un coût pour nos employeurs ainsi que pour notre système de santé. Plus nous pouvons faire de choses pour aider les gens à bien vivre avec la maladie maintenant et à bien la traiter, plus nous pourrons économiser au fil du temps.

**M. Don Davies:** Merci.

Merci, monsieur le président.

**Le président:** Le temps est écoulé.

Je vais proposer une nouvelle période de questions de cinq minutes.

Chaque fois qu'une personne pose une question, vous ouvrez une nouvelle page pour nous et faites la lumière sur quelque chose que nous ne connaissions même pas.

Nous allons faire un autre tour. Commençons par M. McKinnon.

**M. Ron McKinnon (Coquitlam—Port Coquitlam, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Je vais commencer par Mme Hanson, parce que je suis technophile.

Vous nous avez montré votre glucomètre continu. Vous nous avez dit que vous avez également une pompe à insuline. Ces choses sont-elles interreliées? Est-ce quelque chose qui peut être fait? Est-ce une bonne idée?

**Mme Kimberley Hanson:** Oui, cela peut être fait et c'est souvent le cas. En fait, c'est une technologie emballante qui vient juste d'être rendue accessible aux États-Unis et que nous espérons voir arriver au Canada prochainement, qui permettrait non seulement à la pompe à insuline d'obtenir la lecture du glucomètre continu, ce qui est possible aujourd'hui, mais qui permettrait aussi au glucomètre de parler à la pompe à insuline et de dire: « Oh, son taux de glycémie commence à baisser. Veuillez lui donner moins d'insuline pour qu'elle ne fasse pas de crise qui la mettrait dans un coma » ou « Elle est stressée en raison de la circulation et parce qu'elle est en retard au comité de la santé. Donnez-lui-en un peu plus. »

**M. Ron McKinnon:** Cela me semble un peu invasif. Vous devriez faire des tests sanguins de façon continue. Y a-t-il une piqûre périodique à faire tout le temps?

**Mme Kimberley Hanson:** Oui, si un patient porte un glucomètre continu, en ce moment, avec la plupart des systèmes, il doit le calibrer au moins deux fois par jour, ce qui veut dire faire une piqûre au doigt et utiliser les bandelettes diagnostiques qui sont le plus couramment employées. Le glucomètre continu vérifie mon taux de sucre dans le sang toutes les cinq minutes et envoie la lecture sur mon téléphone. À cet égard, c'est beaucoup moins invasif. Avant d'avoir mon glucomètre continu, j'évaluais mon taux de sucre dans le sang en me piquant le doigt jusqu'à 12 fois par jour.

En ce moment, la technologie est devenue extrêmement prenante, mais elle nous a offert de meilleurs soins, donc la plupart des gens sont prêts à faire le compromis de composer avec la technologie plus souvent afin de se sentir mieux. À mesure que la technologie continue de s'améliorer, nous espérons qu'elle fera en sorte que la maladie sera moins invasive à gérer, en plus de fournir de meilleurs soins.

● (0950)

**M. Ron McKinnon:** Vous avez dit que c'est très cher. Nous avons entendu dire qu'une pompe à insuline coûte 8 000 $ à l'achat, puis 3 000 $ par année pour le fonctionnement. Nous avons entendu dire qu'il en coûte environ 3 000 $ par année pour faire fonctionner le glucomètre continu. Quel est le prix d'achat?

**Mme Kimberley Hanson:** Le système que je porte coûte environ 2 000 $ à installer, puis environ 50 $ par semaine pour le fonctionnement continu.

**M. Ron McKinnon:** Je vais revenir sur une partie de votre conversation avec Mme Gladu. Vous avez mentionné que bon nombre des personnes qui se sont vues refuser le crédit d'impôt pour personnes handicapées ont fait l'objet d'une réévaluation, et seulement 42 % d'entre elles ont essuyé un nouveau refus.

Pouvez-vous me dire pour quel motif leur demande a été refusée une deuxième fois?

**Mme Kimberley Hanson:** Malheureusement, je ne le peux pas, parce que je ne connais pas leur demande. Je ne peux évidemment pas voir leur demande, et puisqu'un bon nombre de ces personnes ne savent pas que l'examen de leur dossier est terminé, elles n'ont pas communiqué avec la FRDJ ou avec Diabète Canada pour dire qu'elles ont essuyé un nouveau refus et pour demander de l'aide.

Nous supposons qu'une partie de ces demandes contenait peut-être des erreurs ou était légitimement inadmissible au crédit d'impôt pour personnes handicapées, mais 42 % me semble un pourcentage élevé si on parle d'inadmissibilité légitime.

Pat, avez-vous quelque chose à ajouter?

**M. Patrick Tohill:** C'est peut-être que l'ARC recherchait des renseignements auprès des médecins. C'est peut-être que des cases inexactes ont été cochées.

Je suis d'accord avec Kim pour dire que cela semble vraiment étrange qu'un si grand nombre de demandes soient rejetées. Si 2 300 adultes sont évalués chaque année, si cette année ou si cette période de 8 mois était un exemple type, et 42 % d'entre eux sont refusés, cela me semble un taux très élevé de refus.

L'ARC aime dire que ses chiffres globaux concernant les soins thérapeutiques essentiels font état d'un taux d'approbation de 80 %, ce qui représente un taux de refus de 20 %, mais si c'est 42 % pour les adultes ayant le diabète de type 1, c'est préoccupant.

**M. Ron McKinnon:** Ce pourcentage de 42 % s'applique non pas au nombre général de gens qui avaient présenté une demande, mais au nombre de gens qui s'étaient déjà vu refuser une demande. La question la plus intéressante à se poser concerne les 58 % qui s'étaient déjà vu refuser une demande et qui ont été acceptés par la suite. Une des choses que le gouvernement avait faites, c'était fournir des personnes plus formées sur le plan médical pour évaluer ces demandes. Je crois qu'on a fait mention des infirmières praticiennes.

Cela pourrait-il être un facteur expliquant pourquoi ils ont été acceptés au deuxième tour ou y a-t-il d'autres facteurs auxquels vous pouvez penser?

**M. Patrick Tohill:** Eh bien, rappelez-vous que toutes ces demandes ont fait l'objet d'une nouvelle évaluation en raison d'une directive et d'un certain nouveau libellé de clarification qui a été ajouté aux lettres de clarification selon lesquelles les adultes ayant le diabète de type 1 ne seraient généralement pas admissibles, à moins qu'ils aient eu au moins un problème de santé chronique en plus de leur diabète. Ceux qui ont été acceptés avant l'examen avaient probablement d'autres problèmes de santé chroniques qui ont fait en sorte qu'ils ont été approuvés. La demande de ces personnes a été refusée en fonction de cette lettre de clarification, donc elles auraient normalement été approuvées avant mai 2017.

● (0955)

**Mme Kimberley Hanson:** Nous croyons que le plus gros impact s'est probablement produit le 8 décembre, lorsque la ministre Lebouthillier a demandé à l'ARC de retourner au libellé précédent dans sa lettre de clarification. Cela avait été mis en place avant mai, et nous croyons que c'est le retrait de cette interprétation qui a permis l'approbation des 58 %.

Il demeure des problèmes importants par rapport à la façon dont l'ARC évalue les demandes de gens qui ont le diabète, et nous continuons de travailler avec elle pour y remédier. Nous appuyons vraiment les recommandations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie sur le crédit d'impôt pour personnes handicapées et le régime enregistré d'épargne-invalidité, parce que c'est un système qui ne fonctionne pas pour bon nombre des personnes qui en ont le plus besoin en ce moment.

**Le président:** Madame Gladu, vous avez cinq minutes.

**Mme Marilyn Gladu:** Merci, monsieur le président.

J'ai entendu dire qu'une technologie du pancréas artificiel est disponible. Quelqu'un peut-il faire le point là-dessus?

**Mme Kimberley Hanson:** C'est la technologie que je décrivais il y a quelques minutes: la pompe à insuline qui peut parler au glucomètre continu et apporter des rajustements. C'est la chose conçue à ce jour qui ressemble le plus à un pancréas artificiel. Elle est actuellement disponible aux États-Unis, et ce, depuis 10 mois environ. L'entreprise qui la fabrique, Medtronic, nous a dit que sa demande est entre les mains de Santé Canada. Vraiment, il revient à Santé Canada de décider quand ou si elle la rendra disponible à la vente au Canada, mais personnellement, j'espère vraiment que ce sera plus tôt que tard.

**Mme Marilyn Gladu:** C'est très bien.

J'ai examiné le rapport de Diabète à 360 ° et j'ai l'impression que le gouvernement n'a pas besoin d'élaborer un cadre. Il doit seulement utiliser celui-là.

Si vous ne l'avez pas déjà fait, vous devriez regarder la page 12, qui présente un magnifique tableau du résumé de toutes les recommandations. Cela ressemble à un plan très bien réfléchi de ce que vous devriez faire pour vous attaquer à ce problème au Canada.

Précisément, sur le plan de l'obésité, je pense que c'est un domaine où nous devons faire quelque chose de plus. Nous nous sommes éloignés d'un bon nombre des interventions qui ont eu lieu quand j'étais enfant, et nous avions ParticipACTION, où on nous faisait courir et faire toutes sortes de redressements assis et de choses du genre. Je pense que, dans les écoles publiques, on a réduit la quantité d'activités physiques, et je sais que, dans les écoles secondaires, dans de nombreux cas, les gens ont le droit de se retirer totalement des cours d'éducation physique. Ils ne sont pas faits pour courir, danser ou quoi que ce soit du genre. Et puis, bien sûr, nous commençons notre carrière professionnelle. En tant que parlementaire, je dirais certainement que vous devez être extrêmement discipliné pour vous assurer de faire votre exercice.

Comme l'obésité est un facteur si immensément important dans le diabète, je pense que nous devons faire quelque chose en collaboration avec les provinces. Une autre chose serait très utile. Je sais que, un jour, à la Colline, des gens sont venus pour nous soumettre à un dépistage, pour voir si nous avions ou non le diabète. Cela n'a pas pris beaucoup de temps, et c'est quelque chose que je pourrais voir transférer dans des écoles publiques, par l'intermédiaire des infirmières de la santé publique ou d'un mécanisme du genre, où les enfants pourraient faire l'objet d'un dépistage et où on pourrait intervenir.

Avez-vous des suggestions utiles concernant ce que nous devrions faire au sujet de l'obésité et comment mieux faire ce dépistage de façon précoce?

**Mme Kimberley Hanson:** Je prends bonne note de tous vos points.

La prévention primaire du diabète de type 2 est un élément crucial de la stratégie que nous recommandons. À ma connaissance, c'est un élément beaucoup plus fort de notre stratégie que ce qui figurait dans la stratégie précédente.

Cela signifie qu'il faut s'assurer de réagir à l'insécurité alimentaire, de sorte que les gens aient accès à des aliments sains. Pour de nombreuses personnes qui vivent dans la pauvreté, il est juste vraiment impossible de manger sainement en raison des coûts et de la disponibilité des aliments.

De plus, c'est vraiment important de faire en sorte que chaque Canadien fasse ses 150 minutes d'activité physique modérée à vigoureuse chaque semaine. Nous avons été très chanceux de compter parmi nos groupes de travail le programme ParticipACTION au moment d'élaborer la stratégie Diabète à 360 °. La mise en oeuvre de ces recommandations se ferait en partenariat avec des organisations comme ParticipACTION, qui sont des experts pour veiller à ce que tout le monde bouge le plus possible.

Nous devons vraiment faire un certain nombre de choses pour améliorer l'environnement dans lequel nous vivons, y compris tout ce qui englobe le fait de bouger jusqu'au fait de rendre accessibles des options santé dans les machines distributrices. Mon enfant joue au hockey de façon compétitive. C'est très difficile d'essayer de manger quand vous êtes sur la route. Nous devons rendre des options santé accessibles plus souvent.

Puis, en ce qui concerne le dépistage, je pense que nous devrions le rendre possible partout où nous le pouvons, en comprenant que cela ne suppose pas seulement d'apporter un glucomètre ou un questionnaire et de demander aux gens qui sont là de le remplir. Si nous ne pouvons pas donner un peu de contexte aux personnes par rapport à la signification de leurs résultats, puis les guider vers l'intervention de soins de santé appropriée, au besoin, nous manquons un peu notre coup.

Ce que l'initiative Diabète à 360 ° recommande, avant tout, c'est de s'assurer que tous les professionnels de la santé qui voient des patients font un dépistage conformément aux lignes directrices, puis, ensuite, de mener un certain nombre d'initiatives fondées sur celles éprouvées par la recherche, pour rendre les dépistages plus accessibles là où les gens se trouvent — dans les pharmacies.

Si vous êtes sur la Colline le 6 novembre, nous ferons venir un autobus pour notre Journée du diabète sur la Colline, et nous ferons un dépistage, pas seulement pour le diabète, mais pour tous les risques cardiovasculaires. Les places sont limitées. Inscrivez-vous maintenant.

● (1000)

**Le président:** Votre temps est écoulé.

Monsieur Davies.

**M. Don Davies:** Nous avons entendu sans cesse que, parmi les diverses populations vulnérables, les taux de diabète sont disproportionnellement élevés chez les Canadiens autochtones. Que pouvons-nous faire à ce sujet?

Beaucoup de programmes de soins de santé, bien sûr, sont fournis par les provinces, mais la santé des Autochtones relève carrément de la responsabilité du gouvernement fédéral et du rôle de notre comité ici. Précisément, qu'est-ce que le gouvernement fédéral peut faire pour mieux soutenir la santé des Autochtones qui vivent avec le diabète? Quelles mesures concrètes pouvons-nous prendre pour enrayer, comme vous l'avez dit, docteure Whiteside, une épidémie?

**Dre Catharine Whiteside:** J'aimerais commencer par dire qu'on doit vraiment tenir compte des appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation.

Chez Action diabète Canada, nous avons un grand groupe d'Autochtones qui travaillent avec nos chercheurs. Ils ont expliqué qu'il est très évident que le seul fait d'essayer de promouvoir la sécurité alimentaire et l'activité physique est nécessaire, mais que ce n'est pas suffisant.

Je vais attirer votre attention sur un programme très impressionnant qui a été établi par certains de nos chercheurs, qui s'appelle le programme de mentorat destiné aux jeunes Autochtones. C'est un programme qui se trouve aujourd'hui dans 13 collectivités des Premières Nations au Canada, y compris une dans le centre-ville de Toronto, où les jeunes sont encadrés par des adolescents âgés et des aînés afin qu'ils puissent comprendre ce qui est important au sujet de leur santé. Il est question de santé physique, spirituelle et mentale. C'est un programme de mobilisation communautaire qui donne réellement de bons résultats. Il s'agit de prévenir le diabète de type 2 chez les jeunes Autochtones. C'est un programme qui, nous l'espérons, sera transposé dans au moins 30 collectivités au Canada. Je pense qu'il présente aux collectivités autochtones un excellent modèle de mobilisation des jeunes et des adolescents afin de prévenir l'obésité et le diabète de type 2 dans leurs collectivités.

**M. Don Davies:** Si vous me permettez de poursuivre ici, nous savons aussi que la nutrition et le régime alimentaire sont d'énormes facteurs, particulièrement dans le diabète de type 2. Je vais vous présenter deux propositions.

Serait-il temps d'imposer une taxe sur les boissons sucrées au pays? Serait-il temps d'instaurer un programme national de nutrition dans les écoles? Ces idées sont-elles bonnes?

**Mme Kimberley Hanson:** Certes, Diabète Canada appuie la possibilité de les examiner davantage, parce que nous savons que les répercussions de la consommation de boissons sucrées peuvent augmenter le risque que même une personne ayant un IMC normal présente le diabète de type 2. Ces boissons sont trop consommées dans certaines populations et elles peuvent vraiment augmenter le risque que ces personnes contractent des maladies chroniques, y compris le diabète. Je pense qu'un programme de nutrition dans les écoles est aussi une excellente chose que nous devons envisager, parce que nous devons rendre les aliments sains accessibles à tout le monde au Canada.

Pour ce qui est de soutenir les besoins uniques des Autochtones, nous avons demandé à un groupe de travail de se pencher précisément sur ces besoins uniques dans le cadre de l'élaboration de notre stratégie Diabète à 360 °. De plus, je me ferai l'écho de la Dre Whiteside: nous devrions mettre en oeuvre les recommandations liées à la santé issues du rapport de la Commission de vérité et réconciliation. Nous devons aussi nous assurer de permettre à toute nation autochtone ou tout groupe qui souhaite appuyer ou adopter une stratégie sur le diabète pour lui-même de le faire. Ce serait l'approche à l'égard de la mise en oeuvre de Diabète à 360 °, soit de s'associer à tout groupe ou à toute nation qui souhaite l'adopter afin de les aider à le faire.

Je pense que certaines des recommandations que nous proposerions pour la population générale vont vraiment aider à aborder certains des principaux enjeux que les nations autochtones connaissent de façon disproportionnée. Par exemple, de nombreuses collectivités autochtones sont incapables d'accéder physiquement à des soins médicaux. Nous pouvons faire beaucoup de choses pour leur fournir la télémédecine dans les régions éloignées, ce qui peut vraiment aider à améliorer leur traitement du diabète ou le risque de le contracter. Nous pouvons commencer à mettre en place un certain nombre d'interventions pour la population générale qui procureront un très gros avantage à ces collectivités, en raison de certaines des façons dont elles sont désavantagées en ce moment.

● (1005)

[*Français*]

**Mme Lucie Tremblay:** Si vous me le permettez, j'aimerais ajouter un commentaire.

Je parlais un peu plus tôt du fait que les infirmières, au Québec, ne sont pas toutes préparées à prodiguer des soins dans les communautés, comme les soins aux diabétiques, et c'est notamment le cas dans les communautés autochtones. Si l'infirmière arrive dans une région éloignée où il y a peu de services et que, de plus, elle n'est pas préparée à s'occuper d'un problème de santé majeur — on a parlé d'épidémies plus tôt —, on parle déjà d'une crise.

J'espère de tout coeur que, parmi les recommandations que vous formulerez, vous mettiez en évidence l'importance de ce type de formation à l'intention de toutes les infirmières afin que tous les Canadiens aient accès à des soins. Je ne peux pas mettre suffisamment d'accent sur cette nécessité.

Plus tôt, vous avez parlé de gens qui meurent, et cela me préoccupe. Je suis infirmière, je ne peux pas m'empêcher de penser au bien-être des patients. Quand des gens se font amputer un membre ou qu'ils doivent se soumettre à la dialyse et que l'amputation et le recours à la dialyse auraient pu être évités par la prévention, cela entraîne des coûts non seulement pour le système de santé, mais aussi pour la société. En effet, ces gens ne contribuent pas pleinement à l'économie de notre pays. C'est très important de mettre cela en évidence, et je ne peux pas m'empêcher de le faire.

Dans le cas des Premières Nations, c'est particulièrement grave parce que l'accès aux soins leur est déjà difficile. Si, en plus, les gens ne sont pas préparés à faire face au défi, on a un problème supplémentaire.

[*Traduction*]

**Le président:** Merci beaucoup.

Avant de passer à Mme Sidhu, j'aimerais poser une question à ce sujet.

Docteure Whiteside, je crois que vous avez dit plus tôt que les gens appartenant à la catégorie socioéconomique inférieure sont quatre fois plus susceptibles de souffrir de diabète. À quoi ressemble le taux dans les collectivités autochtones? Sont-elles quatre fois plus susceptibles de le contracter?

**Dre Catharine Whiteside:** Non. Les collectivités autochtones sont de trois à cinq fois plus susceptibles de le faire.

Pour vous donner une idée de ce problème en ce qui a trait aux complications, j'ai dit qu'une amputation était faite toutes les quatre heures en Ontario en raison d'ulcères du pied diabétique non traités. Dans les régions nordiques de l'Ontario, le taux d'amputation est bien supérieur.

Ce qui explique cela, c'est exactement ce que Mme Tremblay a dit. L'accès aux soins est fortement limité, et il n'existe tout simplement pas d'interventions assez précoces pour éviter ces amputations. C'est un énorme problème, pas seulement en Ontario, mais dans les régions nordiques de toutes les provinces et de tous les territoires.

L'Alberta est probablement la province la plus en avance. Elle a instauré un programme de soins des pieds à l'échelle de la province pour les personnes atteintes de diabète, avec un accent particulier sur les collectivités autochtones. Elle a créé des carrefours de centres de traitements vigoureux pour les ulcères du pied diabétique dans l'ensemble de la province.

Encore une fois, ce sont des exemples de cas au Canada où on s'attaque de façon plus vigoureuse à ce problème. Je pense qu'une stratégie nationale sur le diabète permettrait la communication de certaines de ces pratiques exemplaires entre les provinces afin d'améliorer ces résultats.

**Le président:** Qu'est-ce qui cause les ulcères du pied diabétique?

**Dre Catharine Whiteside:** L'ulcère du pied diabétique est un biomarqueur de certaines des complications les plus graves du diabète. Cela comprend l'acrosyndrome et la neuropathie, qui est l'effet du diabète sur les nerfs. C'est souvent associé à un mauvais contrôle de la glycémie, et cela met l'accent sur le fait que lorsque vous repérez une personne qui est à risque d'ulcère du pied diabétique, vous avez cerné les personnes diabétiques qui sont le plus à risque de souffrir de toutes les complications.

Encore une fois, c'est un domaine où, je crois, les données probantes et l'application des renseignements au moment du point d'intervention seraient absolument essentielles pour qu'on puisse s'attaquer à ce problème particulier.

● (1010)

**Le président:** D'accord. Merci beaucoup.

Madame Sidhu, vous avez cinq minutes.

**Mme Sonia Sidhu:** Merci, monsieur le président.

J'ai participé l'an dernier à une consultation sur la saine alimentation pour vaincre le diabète. Si quelqu'un a besoin de ces renseignements, il peut les obtenir auprès de moi.

Ce que j'ai retenu, c'est que, de Winnipeg à Vancouver, la détection précoce serait bénéfique. Le coût de la couverture médicale doit être uniformisé dans l'ensemble du pays, par exemple, les bandelettes de test glycémique, les lancettes et la sensibilisation au non-respect du traitement. Je pense alors que nous pourrons sauver des centaines de dollars en allégeant le fardeau imposé au système de santé.

Diabète à 360 ° est une stratégie exhaustive qui abordera toutes ces choses qui sont décrites en détail, des mesures concrètes que le gouvernement peut prendre pour réagir au problème croissant du diabète au Canada.

Diabète Canada, pouvez-vous expliquer comment votre stratégie englobe toutes les administrations locales, régionales et provinciales et les autres administrations dans le cadre national?

**Mme Kimberley Hanson:** Je crois que le principe directeur clé de l'architecture de Diabète à 360 °, c'est que cela se veut un cadre stratégique global pour améliorer les résultats des patients; le cadre doit être mis en oeuvre en partenariat avec divers ordres de gouvernement, des ONG et le secteur privé, d'une façon qui est personnalisée d'une province à l'autre et jusqu'aux territoires, d'une région à l'autre dans certains cas, selon les besoins uniques de ces collectivités.

Pour revenir aux points mentionnés plus tôt par M. Grewal, nous pourrions avoir dans la région de Peel un ensemble de priorités différent de ce que nous aurions à Yellowknife. C'est voulu, et cela sera appuyé par la banque de données nationale, qui nous permettra de savoir comment ces diverses interventions fonctionnent dans ces régions. Le partenariat national pour lequel nous recommandons une mise en oeuvre sur sept ans, dans le budget 2019, sera précisément conçu pour fonctionner avec les provinces et les territoires et d'autres acteurs afin de mettre en oeuvre les recommandations.

**Mme Sonia Sidhu:** Comme l'a laissé entendre la FRDJ, il n'y a pas de registre. La Suède en a un qui fonctionne. Réagissons-nous à cette question, également, soit l'absence de registre?

**Mme Kimberley Hanson:** Absolument. Nous avons une série de recommandations pour ce que nous appelons les éléments fondamentaux ou les éléments qui soutiendront la mise en oeuvre de toutes les cibles de notre initiative Diabète à 360 °. La première d'entre elles, c'est un registre ou une banque de données nationales concernant non seulement les personnes diabétiques et non diabétiques, mais aussi le type d'interventions de soins de santé dont elles font l'objet. Puis, idéalement, celui-ci contiendrait les tests de laboratoire qu'elles font, les résultats de laboratoire et les ordonnances exécutées à la pharmacie. Quand nous pouvons obtenir une perspective intégrée des interventions de soins de santé dont un patient fait l'objet, nous sommes mieux placés pour comprendre la valeur de chacune d'entre elles et là où le Canada peut le mieux investir ses fonds consacrés à la santé pour le plus grand profit de tous les patients.

**Dre Catharine Whiteside:** En fait, si je peux ajouter quelque chose, Action Diabète Canada a déjà lancé une banque de données nationale sur le diabète. D'ici la fin de l'année civile, nous aurons 100 000 sujets diabétiques dans notre banque de données. Ces données sont extraites de nos dossiers médicaux électroniques des soins primaires des provinces de l'Ontario, de l'Alberta, du Manitoba, du Québec et de Terre-Neuve. Notre intention, c'est d'inclure l'ensemble des provinces et des territoires au Canada d'ici la fin de notre mandat quinquennal. Ces données seront rattachées à des données administratives provinciales pour faire exactement ce que Mme Hanson vient de décrire, c'est-à-dire pouvoir comprendre l'ampleur du diabète, ses complications et les résultats.

Nous sommes au tout début. Il a fallu à la Suède environ 10 ans et demi pour compléter son registre. Avec la FRDJ, nous lançons également une banque de données réelle sur le diabète de type 1. Ce travail commence déjà.

**Mme Sonia Sidhu:** Merci.

Du point de vue de l'éducation, je sais que TGH gère le diabète au moyen d'applications. Les personnes âgées ne sont pas très friandes de technologie. Comment pouvons-nous les renseigner? Avez-vous des exemples? Comment pouvons-nous les renseigner par l'intermédiaire de YouTube, comme élément éducatif? Votre stratégie s'adresse-t-elle à ce type de population?

● (1015)

**Dre Catharine Whiteside:** J'aimerais dire qu'il y a des groupes au Canada, particulièrement l'unité de recherche sur les personnes vieillissantes, les collectivités et la santé, dirigée par les infirmières et les infirmiers à l'Université McMaster, qui sont des chefs de file mondiaux dans ce domaine. Ils effectuent en ce moment une étude en Ontario, en Alberta, au Québec et à l'Île-du-Prince-Édouard pour s'attaquer exactement à cet enjeu. Comment intervenez-vous auprès d'aînés qui ont le diabète et plusieurs problèmes de santé chroniques, de sorte qu'ils puissent améliorer leur traitement d'eux-mêmes, soient en mesure de se retrouver dans le système et se tiennent littéralement loin des soins actifs et de l'urgence? Ils vont mettre à l'essai une application, mais en fait, c'est une intervention plus directe avec des infirmières pivots et d'autres infirmières.

**Mme Kimberley Hanson:** Dans la même veine, une recommandation de notre approche Diabète à 360 ° est de soutenir un meilleur lien entre le patient et les soutiens communautaires. En ce moment, en tant que patiente atteinte de diabète, je n'ai nulle part où aller pour savoir où trouver un cours de cuisine ou s'il y a un groupe de soutien local pour des gens comme moi, qui ont le diabète de type 1, ou comment je pourrais peut-être communiquer avec un groupe local qui organise des promenades pour améliorer ma condition physique.

Il n'y a pas de carrefour central où trouver ce type de renseignements. Si nous devions en créer un, nous serions en mesure de vraiment facilement rattacher un patient à des programmes de soutien local offerts dans leur langue maternelle, peut-être, qui sont pertinents sur le plan culturel et appropriés, et cela aiderait peut-être des gens comme des aînés, qui seraient peut-être moins enclins à participer au moyen d'une application, à communiquer en temps réel avec des gens dans leur collectivité, qui font souvent déjà cela de façon bénévole. Cela augmente la capacité des patients de traiter leur maladie sans augmenter le fardeau pour le système de soins de santé: il suffit de rassembler tous les renseignements dans un seul lieu. Ce serait un plan que nous mettrions en oeuvre avec l'approche Diabète à 360 °.

**Le président:** Le temps est écoulé.

Cela met fin à notre séance. Je dis souvent que le Comité reçoit la crème des témoins, plus que tout autre comité sur la Colline, et vous avez certainement été la crème de la crème. Vous nous avez fourni une foule de renseignements dans une brève période. Je tiens à vous remercier tous au nom du Comité.

Je tiens également à remercier le Comité d'avoir fait ses devoirs et posé les bonnes questions.

Madame Sidhu, je crois que vous avez été la première à réclamer cette étude, donc je vous en remercie.

J'espère que nous ajouterons notre voix avec succès et efficacité à l'initiative que vous prônez. Vous avez certainement brossé tout un tableau pour nous aujourd'hui.

Encore une fois, je vous remercie beaucoup d'avoir pris le temps de revenir devant notre comité.

La séance est levée.

**Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes**

## PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

**Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes à l'adresse suivante : http://www.noscommunes.ca**

**Published under the authority of the Speaker of the House of Commons**

## SPEAKER'S PERMISSION

The proceedings of the House of Commons and its Committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its Committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

**Also available on the House of Commons website at the following address: http://www.ourcommons.ca**